

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N° 589

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1898, à 9 heures

PAR

N. ZARIFIAN

Né à Constantinople le 15 octobre 1865

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU TRAITEMENT

DES BUBONS VÉNÉRIENS

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

Juges : MM. HALLOPEAU, professeur.

ROGER et GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N° 589

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1898, à 9 heures

PAR

N. ZARIFIAN

Né à Constantinople le 15 octobre 1865

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU TRAITEMENT

DES BUBONS VÉNÉRIENS

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

Juges : MM. HALLOPEAU, professeur.

ROGER et GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie	FOUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	ACCARD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. Ch. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père et à ma Mère

Regrets éternels.

A MON BEAU-FRÈRE

Monsieur Manouk Osguian

Hommage de vive affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Chantemesse

Médecin des hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

*Contribution à l'étude clinique du traitement des bubons
vénériens*

PRÉFACE

Avant et par dessus tout, nous nous faisons un devoir très doux, non pas pour accomplir une simple formalité, ni répéter une narration traditionnelle, mais pour répondre à cette impulsion irrésistible de respectueuse gratitude de nous acquitter de nos nombreuses dettes de reconnaissance. Nous voulons parler de ces dettes contractées vis à vis de nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux et nous nous faisons un devoir de remercier, trop faiblement peut-être, ceux-là qui auront laissé au plus profond de notre cœur les traces indélébiles de bienveillance et de désintéressement.

Notre premier maître, ce fut l'éminent et très regretté professeur Verneuil qui nous guida dans l'âpre sentier de la clinique chirurgicale.

Après lui Monsieur le professeur Tillaux par ses con-

seils paternels et Monsieur le professeur agrégé Reclus par ses leçons claires et précises nous ont dirigé dans nos études de clinique chirurgicale.

Notre regretté maître Monsieur le D^r Desnos, nous fit faire notre premier pas dans l'art si difficile et si compliqué de l'auscultation et pour nos études de médecine nos vénérés et éminents Maîtres Messieurs les professeurs Potain et Jaccoud furent des sources intarissables de renseignements.

Dans nos premières années de médecine nous avons reçu de Monsieur le professeur agrégé Lanceraux les enseignements si précieux de clinique interne et d'anatomie pathologique.

Notre bienveillant Maître, Monsieur le professeur Grancher nous apprit la pathologie infantile.

Nous avons puisé dans la clinique d'accouchement de notre regretté et illustre Maître le professeur Tarnier et dans celle de Monsieur le professeur Pinard nos connaissances dans l'art si délicat de l'obstétrique.

Nous avons beaucoup profité des savantes leçons cliniques du regretté professeur Charcot ainsi que de celles des professeurs agrégés Déjrine et Brisseau dans cette branche si attrayante mais si épineuse, la Neuro-pathologie.

Enfin M. le professeur Fournier, Messieurs les Docteurs Mauriac, Balzer et Humbert nous ont généreusement guidé dans nos études de syphilographie et de dermatologie.

Que tous ces maîtres dont les noms resterons gravés

dans notre cœur, à jamais, et y laisseront des souvenirs ineffaçables veuillent bien agréer l'hommage de notre reconnaissance et respectueuses gratitude.

Les savantes leçons, les conseils paternels et les enseignements qu'ils nous ont si généreusement prodigué seront dans l'avenir notre guide le plus sûr.

Nous voulons exprimer aussi notre gratitude très humble à notre savant maître, Monsieur le professeur Chantemesse qui a bien voulu daigner accepter la présidence de notre thèse. Nous l'en remercions vivement et lui assurons notre reconnaissance bien sincère.



INTRODUCTION

Pendant notre long séjour dans les hôpitaux et principalement à Broca et à Ricord, dans les services de nos excellents maîtres MM. les docteurs Mauriac et Balzer, l'observation d'un bon nombre de bubons et l'application de différents modes de traitements, à cette affection, nous ont engagés de faire notre thèse inaugurale sur ce sujet.

Sans être taxé d'aucune prétention, nous avons tenu simplement à consigner dans ce modeste travail le résultat de nos études et nos observations.

Après avoir passé en revue les différents modes de traitements mis en usage par les auteurs, nous essaierons de notre mieux de faire la part de chacun d'eux, et nous montrerons tout le profit que le praticien pourrait tirer de ces différentes méthodes dans le traitement de cette affection.

Nous avons cru faire œuvre utile de démontrer, que tel ou tel méthode de traitement loin d'être indifférent est applicable dans une période déterminée de l'évolution du bubon. Aussi après avoir donné un aperçu historique succinct, nous diviserons notre étude en trois chapitres

correspondant, chacun à une période de l'évolution du bubon, et après avoir discuté longuement l'opportunité des différents traitements appliqués à cette phase par les auteurs, nous essayerons de faire ressortir celui dont l'opportunité et l'effet curatif découlerait naturellement de notre discussion.



Un mot d'historique

Ce mot : « Bubon », employé pour la première fois par Hippocrate et après lui, par la plupart des médecins de l'antiquité comme Gallien. Celse, Actucrius à une époque où la Syphilis n'était pas encore connue, englobait en lui et indiquait toutes les affections ganglionnaires de la région de l'aîne.

Certains passages des satiriques latins feraient croire que la nature vénérienne du bubon, était d'opinion populaire courant à Rome, et d'autres comme les Arabistes reconnaissaient une affinité génitale au bubon. Mais c'est Fallope le premier qui, en 1530 (époque de l'apparition de la Syphilis en Europe), traça une description exacte du bubon de la Syphilis, et bientôt on ne tarda pas à grouper toutes les variétés des hubons en un seul faisceau, comme on avait confondu toutes les maladies vénériennes. Confusion qui se perpétuera de siècle en siècle et qui arrivera jusqu'à nous.

L'honneur revient à Ricord, célèbre syphilographe de notre siècle, et éminent professeur de notre Faculté, d'avoir fait cesser cette confusion. C'est lui qui a tracé d'une manière magistrale l'histoire des maladies vénériennes et qui a démontré l'autonomie de la Syphilis, de la Chancrelle, et de la blennorrhagie ; d'où trois variétés de hubons.

Depuis, on a distingué deux grandes classes : les bubons purulents dus au virus spécial de chacun de ces affections, et les bubons simples engendrés par les lésions non spécifiques résultant du rapport sexuel ou bien par l'une de ces trois affections comme une inflammation banale.

Ces derniers temps, des expériences bactériologiques entreprises par divers observateurs, notamment par MM. Strauss, Mauriac, A. Robin, Fournier, Humbert, Horteloup, en France et Spillmann, Funck, Mannino, Crivelle et bien d'autres à l'étranger, ont en partie ruiné cette théorie, et d'après le résultat obtenu par ces expérimentateurs. On peut en conclure comme le fait remarquer M. Lejar.

1° Que le bubon chancrelleux proprement dit, de virulence spéciale, existe, mais qu'il est beaucoup plus rare qu'on ne le croyait ; au lieu de représenter la moitié du chiffre total des bubons d'origine chancrelleuse, il figure à peine pour 1/35°.

2° Qu'il peut devenir virulent d'emblée et inoculable dès son ouverture.

3° Qu'il peut devenir virulent et inoculable qu'un temps variable après l'ouverture, et cela sans contamination secondaire.

N'ayant l'intention dans ce travail de nous occuper de toutes les formes que peut revêtir cette affection et n'ayant en vue que les bubons résultant d'une affection vénérienne quelconque, il nous a paru indispensable d'exposer ces quelques considérations générales sur le bubon vénérien en particulier.

CHAPITRE PREMIER

Période d'engorgement

Dans cette première période, nous comprenons les bubons depuis l'invasion du mal jusqu'à l'époque où la suppuration devient manifeste.

Dans ces conditions, quel doit être le traitement de prédilution ? C'est ce que nous nous proposons de rechercher dans ce chapitre.

Il nous est impossible de donner même d'une manière succincte et rapide l'aperçu de tous les moyens thérapeutiques dont on s'est servi durant cette période du traitement. Nous ne ferons que mentionner sommairement pour mémoire la plupart d'entre eux.

En première ligne, on peut placer les fondants ou les résolutifs. On s'est servi pendant très longtemps et l'on s'en sert encore actuellement, d'une multitude de médicaments et de pommades sous cette rubrique et dont la plupart, sinon tous, sont sans aucune efficacité.

Les onctions mercurielles, emplâtres de savon, de Vigo, de Cigue, cataplasmes chauds et froids, application d'eau froide ou de glace, acétate de plomb, alun, chlorhydrate d'ammoniaque, tannin, noix de galle, les sels de cuivre, l'iodure de potassium, de plomb, etc., etc.

De tous ces médicaments, celui auquel s'est attaché plus de faveur et qui conserve encore plus de crédit, c'est la pommade mercurielle appliquée sous forme de friction à la surface des engorgements ganglionnaires. Voici comment M. le professeur Fournier s'exprime sur ce médicament dans son très remarquable article du dictionnaire de médecine et de chirurgie, auquel nous avons fait quelques emprunts au cours de ce travail.

« Le mercure tant célébré depuis des siècles, est bien loin de mériter dans le traitement du bubon les éloges qu'on lui a décernés. Il ne possède aucune action spécifique sur l'adénite simple ni sur le bubon chancreux. En tant qu'agent résolutif il ne me semble avoir qu'une efficacité très douteuse et très contestable ; du moins je n'ai jamais rien vu pour ma part, qui légitime les vertus résolutives qu'on lui a peut être trop facilement attribuées. »

Malgré cette affirmation si catégorique il est regrettable de voir bon nombres de médecins se servir de cet agent.

Après les résolutifs fondants on a fait une très large part à la médication révulsive, qui comporte par ordre de fréquence les badigeonnages à la teinture d'iode, le vésicatoire, les caustiques et les sangsues. En ce qui concerne ces derniers, ils ont été fort heureusement et avec juste raison complètement exclus du traitement, de l'affection qui nous occupe. En effet l'application des caustiques sur le bubon chancreux n'en modifie en aucune façon le carac-

tère virulent pas plus qu'il en modifie le bubon syphilitique qui guérit seul ; il semble donc irrationnel d'en maintenir l'usage. Le vésicatoire malgré ses défenseurs n'a pas tardé de tomber dans un juste oubli. En somme de la médication révulsive, il ne reste que les badigeonnages à la teinture d'iode. Nous repoussons également ce dernier médicament dans le traitement des bubons vénériens à cause de son action incertaine. Ces badigeonnages ne sont non seulement pas utile dans le traitement du bubon chancreux mais encore n'ont aucune action spéciale.

Une troisième méthode que l'on a mise en usage, c'est la méthode abortive. De tous temps et par tous les moyens possibles on a cherché à enrayer ou à prévenir le mal.

Quand bien même les méthodes abortives auraient donné quelques résultats heureux, nous croyons qu'elles n'ont pas d'indication à cette période de l'évolution du bubon ou l'on ne sait encore rien de précis. Nous savons au contraire qu'à ce moment les bubons guérissent par les moyens ordinaires, bien plus souvent qu'on ne le croit, que du reste la suppuration de l'adénite syphilitique inguinale est exceptionnellement rare, qu'elle est très bénigne et se résout habituellement sans le recours d'aucune médication.

On sait également que l'adénite chancreuse inguinale n'est pas plus apte à subir l'action des méthodes abortives. Si le bubon résulte de l'absorption du pus chancreux par les lymphatiques ulcérés, il n'est pas en notre pouvoir d'empêcher un acte physiologique de se produire et l'infec-

tion une fois produite a pour conséquence fatale, nécessaire l'inoculation de la glande et la formation d'un foyer virulent.

Jusqu'ici nous n'avons pas parlé à dessein des deux autres agents physiques dont on s'est servi et dont on se sert encore, nous voulons parler du froid et de la compression.

En ce qui concerne le froid on s'en est servi de deux façon différentes :

1° En employant la glace placée dans une vessie ou dans une pochette en caoutchouc.

2° Ou bien en laissant tomber un filet d'eau aussi fraîche que possible pendant deux ou trois heures. Le plus grand inconvénient de ce procédé qui prolongé au-delà d'un certain temps est d'amener la mortification et l'escarrification des tissus, même dans les cas où on a pris la précaution de placer entre la vessie de glace et la peau une compresse pliée en plusieurs doubles.

Quant à la compression, leurs auteurs (Sergent et Fergusson) ont beaucoup trop exagéré sa valeur thérapeutique en affirmant « qu'elle triomphait sans peine de tous les bubons à toutes périodes, et particulièrement à l'état de suppuration active, qu'il n'y avait plus de bubon à ouvrir depuis son introduction dans la pratique, etc., etc. »

Velpeau avait déjà reconnu qu'elle ne pouvait convenir à toutes les périodes de l'inflammation en disant « que si la compression peut encore réussir lorsqu'elle ne renvoie dans le torrent circulatoire du sang, de la lymphe, ou tout au plus du pus qui n'a pas été en contact avec

l'atmosphère, qui n'est d'ailleurs que par gouttelette, elle doit plus être tentée lorsqu'il est réuni en foyer. » Ainsi que l'a dit M. le professeur Fournier, « la compression a, comme toutes les méthodes thérapeutiques, ses indications légitimes et ses contre-indications formelles.

Elle est inutile contre le bubon syphilitique, dangereuse dans les cas d'adénite aiguë et intolérable même en raison des douleurs qu'elle détermine ; dépourvue de toute action contre le bubon chancreux, inopportune au dernier degré contre toutes les variétés des bubons à la période de suppuration confirmée. »

Nous arrêterons l'énumération déjà trop longue de ces divers agents et nous ne nous expliquerons pas davantage sur leur vertu curative qui nous paraît aussi peu active que dangereuse, comme nous avons essayé de le prouver au cours de la discussion précédente.

Nous allons essayer maintenant de montrer quelle doit être la méthode thérapeutique qu'il convient d'employer et nous ferons voir si possible par le relevé de nos observations l'efficacité que l'on retire de cette façon de faire.

Depuis deux ans nous avons eu avec l'un de nos amis l'occasion d'observer un certain nombre de bubons au cours de cette première phase de leur évolution sur laquelle nous nous sommes expliqué. Nous nous sommes servi d'un procédé thérapeutique que nous n'avons pas vu à notre connaissance mettre en usage ailleurs.

Voici en quoi il consiste :

Après avoir fait prendre un grand bain savonneux au
Zarifian

malade, les poils de la région inguino-crurale sont rasés, puis la toilette antiseptique faite au moyen des procédés antiseptiques couramment mis en usage (lavages de la région à l'éther et à l'alcool, puis finalement avec une solution de sublimé au 1/1000) ; nous soumettons ensuite la région affectée aux pulvérisations phéniquées ou sublimées à l'aide de l'appareil de M. Lucas-Championnière.

Nous avons soigné dix-sept malades par ce procédé et nous avons obtenu les résultats suivants :

Treize guérisons complètes.

Quatre suppurations.

Sur les dix-sept cas, il y avait cinq bubons blennorrhagiques, deux d'origine syphilitique, un de cause indéterminée et neuf bubons chancreux.

Nous n'avons ni la prétention, ni nous n'essayerons nullement de qualifier notre traitement ; nous tenons simplement à consigner dans notre thèse les résultats de nos observations.

Est-ce le hasard ?

Nous sommes-nous trouvés en présence de bubons non virulents ?

Étaient-ce des bubons qui ne devaient pas suppurer ou qui devait guérir seuls ? Nous ne saurions le dire.

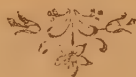
Quant à l'action des pulvérisations, elle agit pensons-nous comme sédative, émolliente ; puisque dans la plupart de nos observations nous avons constaté la disparition de l'élément douleur dès le lendemain de l'institution du traitement.

Voici pour nous résumer quelle doit être la conduite à tenir en présence d'un bubon dans cette première phase de son évolution.

Après avoir fait prendre un grand bain savonneux au malade, on rase soigneusement la région inguino-crurale, on lave ensuite avec une solution antiseptique, on fait une ou deux pulvérisations par jour, d'une demi-heure chaque avec l'appareil de M. Lucas Championnière, on fait un pansement antiseptique, humide et finalement on recommande le repos au lit.

Dans bon nombre de cas, ces moyens simples suffiront croyons-nous pour arrêter les progrès du mal et l'on n'aura pas besoin de recourir à toute cette série de médications et de méthodes anciennes que nous venons d'énumérer sommairement dans ce chapitre. Nous ajouterons qu'elles ne font qu'encombrer la science et l'arsenal thérapeutique et qu'elles ne sont non seulement pas utiles, mais souvent nuisibles et dangereuses.

Notre mode de traitement à l'avantage de s'accorder le mieux avec les nouvelles données scientifiques sans présenter les inconvénients des méthodes indiqués précédemment.



Observation 1

Paul S..., 22 ans, couvreur.

Bubon droit de 18 jours, de cause indéterminée.

Le malade affirme n'avoir jamais eu ni syphilis, ni blennorrhagie et ni chancre mou. On ne voit en effet aucune trace.

Le malade est herpétique, il dit avoir de temps en temps, sur le gland et le prépuce des vésicules et des plaques d'herpes.

Il a fait deux fois l'application de teinture d'iode, mais la tumeur n'a fait que grossir. Actuellement il présente dans l'aîne droite, une tumeur de volume d'un petit œuf.

Nous lui appliquons notre traitement et dès le lendemain, la région est sensiblement moins douloureuse.

Au bout du quatrième jour, l'inflammation a beaucoup diminuée.

Le huitième jour, il a été considéré comme complètement guéri.

Observation 2

Charles D..., 34 ans, sommelier.

Blennorrhagie de deux mois ; actuellement presque guérie. Il n'existe plus qu'une petite goutte. Bubon droit datant de neuf jours.

Nous le soumettons au traitement.

Le troisième jour, il n'y a pas d'amélioration sensible, la région est peut être un peu moins douloureuse, mais le gonflement paraît avoir augmenté.

Au cinquième jour, malgré la persistance du gonflement, il n'y a pas de douleur à la pression.

Au huitième jour, la tumeur a beaucoup diminuée de volume.

Au treizième, il ne reste plus qu'une toute petite induration.

Le malade, à partir de ce moment, a été considéré comme complètement guéri.

Observation 3

X. X..., lapidaire, 30 ans.

Chancre, probablement syphilitique, de trois mois complètement guéri.

Double bubons, l'un à gauche l'autre à droite, ils existent depuis six jours. Ils ont la grosseur d'une noix. Ils sont relativement peu douloureux.

On institue le traitement, pulvérisation, repos et pansement antiseptique.

Au bout de 12 jours, la région n'est plus douloureuse ; mais les tumeurs n'ont pas diminuées sensiblement de volume.

Nous avons soumis le malade au traitement mercuriel. Au bout de 25 jours, les deux tumeurs ne paraissent pas avoir diminué de volume, mais ne présentent ni inflammation vive ni aucun danger de suppuration.

Donc, nous les avons considérés comme guéri.

Observation 4

A. T . . , 18 ans.

Blennorrhagie de deux mois et demi pas complètement guérie.

Au début de la blennorrhagie, il y a eu un commencement d'orchite.

Actuellement, il vient nous trouver avec un bubon gauche moyen ; ni la douleur ni l'inflammation ne sont très vives.

Le repos, les pansements et cinq jours de pulvérisations en eurent raison.

Observation 5

M. D . . . , 25 ans.

Végétation et chancre dans le sillon balano-prépucial datant de 15 jours.

Il existe, à gauche et à droite un bubon ayant apparu en même temps que le chancre.

Le bubon gauche est manifestement fluctuant. Celui de droite est très douloureux, très rouge, et ne présente pas de traces de fluctuation.

Le même jour, nous appliquons le même traitement aux deux tumeurs à la fois.

Deuxième, troisième et quatrième jour, le gauche, sans avoir

diminué de volume, est cependant moins rouge, moins dur et moins douloureux.

Celui de droite continue à suppurer, malgré le traitement.

Le dixième jour, la douleur et la rougeur ont disparu à droite et il ne reste qu'un léger empâtement, de sorte que la guérison peut être considérée complète.

On fait une ponction à gauche.



CHAPITRE II

Suppuration

Dans cette deuxième période nous comprenons les bubons arrivés à la suppuration sans amincissement de la peau. Deux cas peuvent se présenter : ou bien la poche purulente peut être petite et nettement limitée, ou bien pourrait avoir une certaine étendue. Nous allons voir maintenant quel est le traitement qui convient le mieux dans ces deux cas.

Pour éviter des répétitions inutiles et fastidieuses, nous nous sommes gardés de parler des divers modes de traitement relativement récents et préconisés par les auteurs français et étrangers. Nous voulons parler :

1° Des injections médicamenteuses intra-ganglionnaires;

2° La ponction au bistouri;

3° Les ponctions simples ou aspiratrices.

Les injections médicamenteuses, comme méthode de traitement, sont bien antérieures à notre époque; il est donc juste de rappeler que l'idée d'introduire un liquide modificateur dans la cavité des bubons suppurés n'est pas tout à fait nouvelle.

En effet, en 1862, le docteur Hanse, médecin militaire,

préconise dans sa thèse les injections iodées. Après avoir évacué le pus au moyen d'une ponction, il injecte de l'eau tiède pour laver la cavité et, à l'aide d'une seringue de verre, il introduit la liqueur suivante :

Vin aromatique	2 parties.
Teinture d'iode	1 —

Il retient le liquide pendant cinq minutes dans la cavité de la tumeur en appliquant le doigt sur l'orifice créé par la ponction.

Dans ces conditions la guérison est obtenue en général après huit ou dix jours. Le docteur Hanse cite deux observations en faveur de ce procédé.

En 1882 Taylor, et en 1885 Armstrong eurent l'idée d'employer les injections intra ganglionnaires avec les procédés mis en usage actuellement. C'est-à-dire en poussant dans un ganglion suppuré ou simplement engorgé un liquide modificateur à l'aide de la seringue de Pravaz.

En particulier, Armstrong procédait de la façon suivante : Après avoir anesthésié à l'éther la peau de la région, il plongeait une aiguille de seringue à injection jusqu'au centre du ganglion suppuré et injectait alors dix à vingt gouttes d'une solution d'acide phénique à 1/100. Il plaçait ensuite un sac de plomb du poids de trois livres sur la région ; selon la grosseur de la tumeur il faisait une ou deux injections.

D'après la thèse du Dr van Eichstorff, nous voyons que le professeur Verneuil, en 1888-89, se servait déjà dans

son service de la Pitié et dans le même but des injections d'éther iodoformé.

Enfin en 1891, un suédois le Dr Welander, médecin de l'hôpital Saint-Gorod, à Stockholm, instituait ce traitement dans le but de faire avorter les bubons.

Il chercha parmi les substances antiseptiques le sublimé qui ne lui donna pas de résultats encourageants. Il en fut de même avec beaucoup d'autres et finalement il s'arrêta à l'emploi d'une solution de benzoate de mercure à 1/100 et il l'employait de la façon suivante : Il injectait une ou deux seringues de Pravaz de cette solution (0,01 ou 0,02 centig. de benzoate de mercure) suivant le volume des bubons. Après l'injection faite, il recouvrait la région d'une couche d'ouate imbibée de sublimé au 1/1000 et par dessus, il appliquait un bandage compressif.

Depuis cette époque, plusieurs autres observateurs ont expérimenté après lui cette méthode. Ce sont : Loetnik médecin de la section vénérienne de l'hôpital urbain d'Odessa. M. le Dr Balzer. Spietsahka dans la clinique du professeur Puck. Brousse et Bothezat de Montpellier et le Dr Charles Yvinec.

Si nous analysons attentivement les observations de ces auteurs, nous voyons que cette méthode est loin de mériter le crédit des vertus curatives que son auteur a voulu lui attribuer.

Ce serait une erreur de croire que les injections antiseptiques comme méthode curative ou abortive sont indistinctement applicables à toutes les périodes d'évolution

du bubon. En restreignant sa limite d'action dans certains cas donnés, on pourra en obtenir le meilleur résultat curatif.

Nous avons déjà vu dans le premier chapitre de cette étude du bubon que dans la première période d'évolution de ce dernier, il n'y avait aucun traitement spécial. Nous verrons aussi que le traitement chirurgical seul convient au moment de la troisième période et que tout autre traitement serait inopportun en retardant la guérison.

Recherchons alors les cas dans lesquels les injections antiseptiques peuvent être utilement et efficacement employés.

Si nous prenons en premier lieu l'auteur de cette méthode pour analyser les observations qu'il a recueillies, nous trouvons que dans une première série d'expériences, 41 cas dont 33 ont donné des résultats satisfaisants.

Dans une deuxième série d'expériences, sur 59 cas traités de façon semblable, 58 ne présentaient pas de fluctuation au moment où fut institué le traitement et le résultat a été très favorable sur 12 cas où la fluctuation existait manifestement lorsqu'on a institué le traitement, on vit dix fois la résolution du pus se produire et cinq fois l'apparition de la virulence du bubon et il a fallu recourir à l'incision.

Loetniko, de son côté, a expérimenté sur 140 cas. Dans 122, la résolution a été complète et dans 18 la suppuration a continué sa marche croissante.

Si on ne prend en considération que le résultat brut

des observations de ces deux auteurs, on est émerveillé du résultat de leur méthode curative et abortive ; mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit que le résultat et la vérité sont tout autre.

En effet, dans les observations de Welandér aussi bien que dans celles de Loetnik, nous remarquons d'abord que sur 100 cas, 65 se trouvent dans la première période de leur évolution, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas encore suppurés. Or, nous savons qu'à cette période, cette affection ne réclame aucun traitement actif et que la guérison peut être spontanée ou obtenue par les moyens ordinaires.

D'autre part, dans les observations de ces derniers auteurs, nous trouvons de 80 à 90 guérisons sur 100 obtenues par le même traitement pour les bubons arrivés à la deuxième période de leur évolution, c'est-à-dire avec de la fluctuation manifeste sans qu'il y ait toutefois distension exagérée de la poche purulente ni désorganisation de la peau.

Nous verrons bientôt, en analysant les observations d'autres auteurs, que toutes plaident en faveur de notre manière de voir. D'ailleurs l'auteur suédois est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Si le bubon est virulent, il suppure malgré les injections intra-ganglionnaires.

2° Si la fluctuation est très prononcée, la peau amincie et rouge bleuâtre, l'injection n'est utile qu'en ce qu'elle fait disparaître plus rapidement l'infiltration avoisinante, mais généralement il faut avoir recours à l'incision.

3° S'il existe une fluctuation assez marquée, mais que la peau, quoique rouge, présente un état de nutrition satisfaisante, il y a d'assez grandes chances qu'une injection pratiquée dans la zone d'infiltration avoisinante dispense de recourir à l'incision.

4° S'il n'y a pas de fluctuation ou seulement une fluctuation insignifiante il est très probable, 90 sur 100, que le bubon se résorbera même si quelques gouttes de pus s'échappaient par la piqûre pendant quelques jours. Il ne restera pas la moindre trace de cicatrices.

De notre discussion sommaire, ainsi que des conclusions citées plus haut, il résulte que le traitement de choix, à cette période que nous désignons, période de suppuration, et surtout quand cette dernière est très limitée, c'est l'injection intra-ganglionnaire.

Nous remarquons le même fait dans les observations de Spietschka.

Sur 62 cas traités par cet auteur, il y a eu 23 guérisons par les injections seules ; ce sont les bubons à leur première période ou bien ceux présentant une suppuration très limitée.

Dans 13 cas, il a fallu évacuer le pus en pratiquant une petite incision. C'étaient des bubons arrivés à leur deuxième période d'évolution. Et enfin, dans 26 cas, il a fallu inciser largement ou recourir à de nouvelles injections. C'étaient certainement des bubons arrivés à leur troisième période, c'est-à-dire au moment de la fluctuation abondante avec la peau, amincie, rouge et bleuâtre.

Avant de terminer cette étude, il nous reste à analyser les observations que nous avons trouvées dans les thèses de Messieurs les docteurs Eichstorff et Charles Yvinec, et qui nous paraissent des plus probantes en faveur des idées que nous soutenons dans notre travail. Nous ajouterons les quelques histoires pathologiques des malades dont nous avons pris les observations dans le courant de l'année 1896-97, à l'hôpital Ricord, dans le service de notre excellent maître M. le docteur Balzer.

Dans le travail de M. le docteur Eichstorff, nous trouvons également 13 autres observations recueillies à l'hôpital Ricord, dans le service de M. le docteur Humbert, et à la Pitié, dans le service du professeur Verneuil. Or, ici, l'auteur est très explicite, et nous relevons sur l'ensemble des cas observés ce qui suit : Sur 3 cas où la collection purulente était très limitée, les injections d'éther iodoformé ont donné un plein succès ; ce qui corrobore notre manière de voir. De plus, sur les 10 autres cas où la suppuration était très abondante, la ponction au bistouri a seule donné des résultats curatifs très satisfaisants.

Pour ce qui concerne les observations de M. le docteur Yvinec, nous trouvons confirmation de la même remarque, car sur 12 cas observés nous en trouvons 2 guéris par les injections intra-ganglionnaires, et ces 2 cas rentrent précisément dans le premier groupe de notre classification. Tandis que sur les 10 autres cas où les injections n'ont pas eu l'effet curatif que l'on en attendait, nous remarquons que les bubons étaient les uns très fluctuants, avec amin-

cissement de la peau, et les autres suppurés, sans amincissement de la peau et sans inflammation vive.

Nous croyons avoir suffisamment démontré, d'après l'analyse des observations précédentes, que la méthode des injections intra-ganglionnaire est bien loin de justifier leur efficacité dans la première période.

Du reste, les expériences de MM. Bothzat et Brousses de Montpellier sont d'accord avec cette idée. Ces auteurs ayant voulu rechercher quelle valeur il fallait attribuer à la méthode de Welander l'ont appliquée au traitement de quelques bubons qui n'étaient pas encore arrivés à la période de suppuration.

Leurs expériences ont porté sur dix cas seulement. Ils ont injecté un centigramme de benzoate de mercure en pratiquant deux piqûres, une à chaque extrémités du ganglion. Ils appliquaient ensuite des compresses de sublimé et un bandage compressif. Ils ont constaté qu'à la suite de l'injection ainsi faite, il se produisait constamment une réaction locale et surtout générale, faits passés sous silence par Welander, Loetnike et Spietschka. Au point de vue du résultat obtenu, ils ont eu un seul succès sur les dix cas traités ; dans les autres, l'injection n'a pas arrêté la marche vers la purulence, ils ont été obligés de recourir à l'incision. En somme, d'après ces auteurs, il faut reconnaître à la méthode de Welander la valeur que lui ont attachée son auteur ainsi que Loetnike.

D'après eux, ce mode de traitement n'a pas l'avantage

d'amener une guérison plus prompte et il ne serait même pas inoffensif.

Nous rapprocherons de ces dernières conclusions celles de Welandér dans lesquelles nous lisons ce qui suit :

« Si la fluctuation est très prononcée, la peau amincie, rouge et bleuâtre, l'injection n'est utile qu'en ce qu'elle fait disparaître plus rapidement l'infiltration avoisinante, mais généralement il faut avoir recours à l'incision. »

De ces deux rapprochements, nous pouvons résumer ce chapitre de la façon suivante :

Les bubons suppurés ne présentant pas une très grande étendue et la peau de la région n'étant pas très enflammée, sont avantageusement traités par les injections antiseptiques. Mais par contre, ceux présentant une vaste poche purulente, sans que toutefois la peau de la région soit amincie, ni rouge bleuâtre, sont très heureusement modifiés par la ponction simple au bistouri ou bien par l'aspiration du pus et l'injection antiseptique.



Observation 1

Observation recueillie par le D^r Eichtorff en 1889 dans le service du professeur Verneuil à la Pitié

M..., âgé de 26 ans, entré le 8 décembre 1888 salle Michon, lit n° 23.

Le malade porte dans l'aîne droite un bubon datant de trois semaines, consécutif à un chancre mou du filet.

Le bubon a la grosseur d'une noix, et il est douloureux à la pression. La peau est luisante, on sent nettement la fluctuation, indice de la formation du pus.

Le 10 décembre. — Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, on fait une première injection d'éther iodoformé sans faire préalablement l'évacuation du pus, vu le petit volume de l'abcès, espérant arriver ainsi à obtenir la résorption du pus.

14 décembre. — Toute la zone d'induration qui entourait le ganglion enflammé a disparu ; en même temps, moins de rougeur. On fait une nouvelle injection d'éther iodoformé, deux seringues de Pravaz.

20 décembre. — Disparition complète de la fluctuation et pas de cicatrice visible.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Observation 2

Le nommé Gaston de S..., âgé de 21 ans. entré le 15 novembre 1888, salle Michon, lit n° 12.

Au mois de juillet 1888, ce malade contracte un chancre mou. Trois semaines après l'apparition de l'ulcère, le malade s'aperçoit qu'il porte à l'aîne gauche deux grosseurs assez volumineuses, rouges et douloureuses. Il entre le 7 octobre dans le service de M. Anger, où l'on incise immédiatement ces deux adénites. Lavages quotidiens et pansement avec la poudre d'iodoforme et la gaze iodoformée. Il quitte l'hôpital sans être guéri.

Le 15 novembre il est admis dans le service de M. Verneuil à la Pitié ; il présente alors dans l'aîne gauche un empâtement volumineux et, à ce niveau, deux plaies en voie de cicatrisation, reliquat des incisions pratiquées antérieurement.

Dans la région inguinale du côté droit un troisième bubon, dont l'apparition a déterminé le malade à entrer à l'hôpital.

La tumeur est rouge, douloureuse, chaude et nettement fluctuante. Le malade porte dans le sillon balano-préputial, les cicatrices de son chancre mou et le diagnostic n'est pas douteux.

On injecte le même jour dans la cavité de l'abcès une demi-seringue de Pravaz d'éther iodoformé.

La douleur, causée par la distension de la poche, se calme au bout de quelques heures ; le malade marche sans difficulté et le lendemain il demande à quitter l'hôpital.

25 novembre. — L'abcès a diminué de volume, la zone qui l'entoure n'est pas indurée, il semble manifestement en voie de résorption. On injecte de nouveau quelques gouttes d'éther iodo-

formé, une demi seringue de Pravaz. L'éther en se volatilissant, détermine comme précédemment une légère réaction douloureuse au bout d'une heure le malade peut retourner à ses occupations.

6 décembre. — La collection a totalement disparue à son niveau, la peau est devenue parfaitement souple. A peine présente-t-elle en un point une légère coloration rougeâtre et le malade peut être considéré comme guéri de son affection.

Observation 3

La nommée M. E..., âgée de 21 ans, entrée le 19 février 89, salle Lisfranc, lit n° 10.

Bubon dans l'aîne gauche, datant de trois semaines consécutif à une vaginite.

La peau qui recouvre le ganglion malade est rouge, mais peu amincie. Il y a de l'empatement tout autour, et une zone d'induration peu étendue.

La douleur a été très vive dès l'apparition du bubon et a augmenté considérablement les huit derniers jours. En ce moment elle est lancinante s'irradiant vers les cuisses.

Le ganglion est ramolli, et on sent facilement la fluctuation. Le ganglion situé au-dessous est pris, mais n'a pas subi le ramollissement. En examinant la vulve, on trouve la grande lèvre œdématiée, rouge et douloureuse à la pression. L'entrée du vagin est d'un rouge vif et baigné par du pus ; à l'examen au spéculum on ne trouve que de la vaginite.

Le 20 février. — Injection d'éther iodoformé sans évacuation préalable du pus et sans compression, vu le peu d'étendue de

l'adénite. L'injection est encore suivie de douleurs assez vives dues à la distention de la poche par les gaz.

Le 25 février. — Pas de fluctuation, peu d'empâtement. La rougeur s'efface de plus en plus, et la grande lèvre tend à revenir à son état normal. Le ganglion sous-jacent est dur et reste stationnaire. La malade, sur sa demande, quitte l'hôpital le 28 février. Le 9 mars elle revient se montrer. Il n'y a pas de cicatrices visibles, le ganglion situé au-dessous de l'abcès, et qui avait subi un commencement d'inflammation a diminué de beaucoup et à l'exception de la grande lèvre qui est un peu tuméfiée, la guérison peut être considérée comme complète.

Observation 4

De M. le Dr Yvinec, recueillie dans le service de M. Balzer.

R... Alexandre, 29 ans, maçon, entré à l'hôpital le 14 juin 1893.

Sur le prépuce se trouvent quatre volumineux chancres nous ayant apparus le 30 mai.

Il existe dans l'aîne droite un bubon de la grosseur d'un œuf de poule remontant au 8 juin.

La peau de la région est le siège d'une vive inflammation, elle est très douloureuse à la pression. La fluctuation est très marquée.

Le 14 juin on fait une injection de Welander formée au centre même de la tumeur. Le malade éprouve des picotements qui ne disparaissent que le lendemain.

Le 15, la fluctuation a augmenté, il y a moins de douleur à la pression.

Le 16, on voit sourdre par l'orifice de la piqûre une gouttelette de pus sanguinolent ; la tumeur s'est affaissée, le malade dis n'éprouver aucune douleur. On fait ce jour même une nouvelle injection de une demi-seringue de Pravaz. Elle n'est pas suivie de douleurs.

Le 17, la tumeur a encore diminué de volume, elle n'est pas douloureuse à la pression. Il ne s'écoule pas de liquide par la piqûre.

Le 19, la tuméfaction est à peine appréciable ; le malade peut marcher sans ressentir de douleurs.

Le 21, on peut considérer la guérison comme obtenue. Le malade quitte l'hôpital. La durée du traitement a été de 7 jours.

Observation 2

C..., Victor, 20 ans, manoeuvre, entré à l'hôpital le 14 juin 1893.

Le malade est atteint d'une blennorrhagie ancienne datant de 9 mois.

De chaque côté un bubon occupe la partie interne de l'arcade crurale. Le bubon gauche datant de six semaines est induré. Le droit seul, de la grosseur d'un œuf de poule, suppure et date du 25 mai 1893. La peau de la région est rouge, mais n'est pas amincie ; la fluctuation, quoique peu abondante, se perçoit nettement par la palpation qui est douloureuse.

Le 14 juin. — On fait une injection de benzoate de mercure

de 1 centimètre cube. Le malade ne ressent aucune douleur, ni pendant ni après l'injection.

Le 15. — La peau est moins rouge, la douleur à la pression a diminué.

Le 16. — La tumeur a diminuée de volume, la fluctuation est moins marquée. Il n'y a pas de douleur à la pression.

Le 20. — Il y a encore de la fluctuation limitée en un point bien circonscrit.

Le 22. — On fait une injection d'une demi-seringue de Pravaz. Elle n'est pas douloureuse.

Le 25. — Pas de douleurs à la pression, il y a encore assez légère fluctuation.

Le 27. — Celle-ci a disparu entièrement. Dans l'aîne, il reste un certain empâtement indolent. Le malade peut quitter l'hôpital.

Durée du traitement : neuf jours.

Observation 4

Personnelle, recueillie dans le service de M. le Dr Balzar.

Le nommé E. M..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital le 18 vembre 1896. Blennorrhagie datant du 12 février 1896.

Actuellement végétations sur le gland et le prépus avec balanite.

Est atteint bubans doubles, ces bubans sont fluctuants sans présenter pourtant une grande collection purulente.

Le 18 novembre on les ponctionne et on fait une injection phéniquée.

Une très petite quantité de liquide séro-purulent s'écoule par l'orifice de la ponction. Le lendemain et les jours suivants, la douleur à la pression a sensiblement diminuée ; la tumeur reste la même. Le 22 nouvelle ponction et injection phéniquée du côté droit.

Le 26 nouvelle ponction du côté gauche. L'état de la tumeur droite est satisfaisant. Le 29 troisième injection côté gauche.

Le 4 novembre, à droite cicatrisation parfaite.

Le 12, côté gauche la tumeur peut-être considérée comme guérie.

Observation 2

Le nommé M. M..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital le 11 décembre 1896.

Bubon gauche suppuré de deux semaines, consécutif à un chancre simple apparu, il y a un mois, sur le prépuce.

Le 12, ponction et injection ; c'est à peine s'il en sort un peu de liquide purulent.

Le 13 et le 14 amélioration très sensible, la douleur a complètement disparue il ne reste qu'un peu de rougeur.

Le 15, on fait une nouvelle injection, le malade quitte l'hôpital.

Le 19, il revient nous voir et nous constatons qu'il peut être considéré comme complètement guéri

Observation 3

François C..., âgé de 31 ans, voilier.

Entre dans le service le 25 novembre 1896.

Bubon droit suppuré de 12 jours consécutif à une érosion du sillon balano prépuce de nature inconnue. Végétation.

Le 28 novembre ponction et aspiration avec l'aiguille, injection phéniquée.

Le 30 novembre, l'amélioration est très légère.

Le 1^{er} décembre, ponction au bistouri et injections.

Le 2 et le 3 état stationnaire.

Le 4 décembre, nouvelle injection au nitrate d'argent, amélioration très sensible.

Le 11, le malade peut être considéré comme guéri.

Observation 4

Marius R..., teinturier.

Entre à l'hôpital pour la première fois, avec un bubon gauche entièrement suppuré de date inconnue.

Incision le 19 juin. Quitte l'hôpital sans être complètement guéri.

Il revient le 19 août avec son bubon.

Sort le 17 octobre complètement guéri.

Et pour cette dernière fois, il est rentré le 21 octobre avec une nouvelle inflammation d'un ganglion du triangle de Scarpa.

Après ponction et deux injections phéniquées, sort complètement guéri.

Observation 5

Albert G..., entre à l'hôpital le 21 octobre 1896.

On voit encore les traces de cinq chancres mous guéris.

Trois semaines après les chancres, le malade s'aperçoit de l'existence dans les deux aines de deux grosseurs assez volumineuses.

Il présente actuellement deux gros bubons entièrement suppurés.

Le lendemain on fait la ponction au bistouri des deux côtés.

Le 23, 24 et 25, la douleur et la rougeur vont en diminuant.

Le 26, on fait une nouvelle injection, le 30, il quitte l'hôpital entièrement guéri, ne présentant dans les deux aines qu'une légère induration.

Observation 6

Antoine A..., peintre, 21 ans.

Entre dans le service le 28 octobre 1896.

Bubon droit avec une fluctuation très nette survenue à la suite d'un chancre mou du prépuce.

La région est particulièrement douloureuse et fortement distendue,

Première ponction le 2 novembre et injection phéniquée.

Quoique la douleur a notablement diminuée, mais la rougeur est vive et la région reste toujours distendue.

Deuxième injection le 7 novembre, de l'orifice de la piqûre s'écoule un peu de sérosité.

Le 13, on fait une nouvelle injection.

Le 17, le malade quitte l'hôpital absolument guéri.



CHAPITRE III

Suppuration avec amnicissement de la peau

Dans cette troisième période, nous comprenons les bubons arrivés à cet état d'amnicissement de la peau, présentant une coloration rouge-bleuâtre avec menace d'ouverture spontanée.

D'après les nombreuses observations que nous avons eues sous les yeux et que nous avons discuté, autant l'incision nous a paru à peine nécessaire, même inutile, sinon dangereuse dans la première et peut-être la seconde période de l'évolution du bube, autant elle nous paraît indispensable et nécessaire au moment de la troisième période ; nous pouvons ajouter qu'elle s'impose d'urgence.

Le seul reproche que l'on puisse adresser à cette méthode c'est qu'elle laisse des cicatrices d'autant plus apparentes et indélébiles que l'incision a été large et profonde.

Mais fort heureusement depuis que Messieurs les professeurs Panas et Terillon ont préconisé l'incision verticale, il est possible de remédier à ce grave inconvénient.

Les avantages de l'incision perpendiculaire à l'arcade currale ne sont aujourd'hui contestées par personne.

Au double point de vue curatif chirurgicale et esthétique elle ne le cède en rien à la première, car elle permet un écoulement plus facile du pus en ne se refermant pas trop tôt ; d'autre part elle remplit une indication de premier ordre qui est celle de ne laisser après elle qu'une trace à peu près invisible.

De ce que la plupart des chirurgiens et les ouvrages de chirurgie les plus récents ne préconisent que l'incision et se refusent d'adopter d'autre méthode de traitement faut-il bannir les autres procédés de l'arsenal thérapeutique.

Nous croyons avoir suffisamment démontré par nos discussions précédentes l'indication formelle de chacun de ces procédés à une période déterminée de l'affection pour qu'il soit nécessaire de nous étendre plus longuement.

En conséquence, on peut résumer selon nous ce chapitre de la façon suivante :

- 1° Ne pas inciser un bubon dans sa première période.
- 2° Préférer toujours l'incision faite verticalement au ligament de Poupart dans sa troisième période.



CONCLUSIONS

Nous comprenons trois stades au point de vue du traitement du bubon dans son évolution.

1° Dans la première période de notre division et pour les raisons que nous avons longuement exposées dans ce travail, nous pensons qu'il est préférable d'abandonner complètement les méthodes thérapeutiques anciennes (méthodes révulsives — résolutes — abortives, etc. Pour ne se servir que des moyens suivants.

Repos au lit, pulvérisations antiseptiques et pansement humide.

2° Dans la deuxième période, alors que la fluctuation est moins forte, avec une poche purulente peu étendue, sans qu'il y ait une trop forte congestion, il y a avantage à mettre en usage les injections antiseptiques, modificatrices intraganglionnaires ; mais si la poche purulente est par trop distendue, s'il existe une trop forte congestion sans que la peau soit amincie, il faut recourir à l'aspiration du pus soit par ponction capillaire aspiratrice, soit par ponction au bistouri avec les injections modificatrices.

3° Troisième période. Dans ce cas, la peau est très amincie, présente une teinte rouge brun ou bleuâtre, il y a

menace d'ouverture spontanée, la collection purulente est très étendue avec large décollement ; alors l'incision seule s'impose d'urgence ; il serait complètement inutile et même nuisible de perdre un temps précieux à employer d'autres moyens.

Nous avons à peine besoin de dire que l'on préfère l'incision verticale à l'incision horizontale.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Le Président de la Thèse,
CHANTEMESSE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arnozan et Vigneron. — Traitement du chancre mou et des bubons. Journal de Médecine de Bordeaux, années 1890-91-92.

Aubert. — La chaleur et le chancre simple. Lyon médical, 1883.

Balzer et Souplet. — Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre mou (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1891).

Dechambre. — Dictionnaire (article : traitement du bubon).

Brousse et Bothezat. — De la valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1895).

Cordier. — Sur le traitement du bubon (Lyon médical, 1890).

Fournier. — Dictionnaire Jaccoud. Article bubon.

T. Armstrong. — (Medical News, 1885).

Truka. — Traitement des bubons suppurés par les lavages sous-cutanés antiseptiques. Semaine médicale, 1895.

Van Eichstoff. — Traitement des bubons par les injections d'éther iodoformé. Thèse de Paris, 1889.

Welander. — Über Abortivebe handlung von bubonen mit tels Einsprit zungen von benzuesauem quec koilboxyd (Archiv. für dermatologie and syphilis, 1891).

— Traitement abortif des bubons par les injections de benzoate de mercure (Communication à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1891).

— Traitement abortif du bubon chancreux (Revue

générale de clinique et de thérapeutique, 1891).

Hanse. — Quelques considérations sur le bubon vénérien et sur son traitement notamment par les injections iodées (thèse de Paris, 1892).

Delaunay. — De l'adénite inguinale vénérienne et de son traitement chirurgical (thèse de Paris).

Le Jollec. — Au sujet du traitement des bubons par les injections de vaseline iodoformée (Archives de médecine, Paris, 1891).

Jullien. — Conduite à tenir dans certains cas de bubons. Coexistence du bubon simple et du bubon virulent (Bulletin médical, 1889).

Gamol. — Traitement du bubon (Semaine médicale, 1892).

Ivinec. — Contribution à l'étude du traitement du bubon (thèse de Paris, 1893).

Lejap. — Article bubon (Reclus, Traité de Chirurgie).

Loetnike. — Traitement des bubons (Semaine médicale, 1892).

Lormand. — La chaleur et le chancre simple (France médicale, 1884).

Le Pileur. — Nouveaux faits en faveur de l'aspiration dans le traitement des bubons suppurés.

Morise Taylor. — American Journal of the medical sciences, 1882.

Otis. — Traitement du bubon suppuré (Journal of Cutaneous and genito Urinens Descases, vol. VI, n° 5).

Philip. Harvey. — Du traitement des bubons (Medical Neras, 1886).

Spietschka. — Ueber die Rehandlung der bubonen inbesondere deit auwendung der Welanders Sehen methode (Archiv. of Dermatologie, 1892).



